FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henri DUPUY

Né le 15 août 1889, à Chalon-sur-Saône
Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES BUBONS CHANCRELLEUX

LA MÉTHODE DE FONTAN

Président : M. JEANSELME, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, N.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur JEANSELME

Avec l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES BUBONS CHANCRELLEUX

LA MÉTHODE DE FONTAN

Les chancres mous et, par conséquent, les bubons chancrelleux s'observent, depuis la guerre, avec une fréquence particulière ; aussi, dans ces dernières années, a-t-on repris avec plus d'attention l'étude des différents procédés de traitement du bubon chancrelleux, on en a décrit de nouveaux et on en a repris d'anciens.

La méthode de Fontan est actuellement en vogue et est universellement connue. Beaucoup la croient récente. C'est en réalité dès 1889 que, par une note à l'Académie de Médecine, Fontan l'a fait connaître.

Montrer quelles idées directrices avaient, à cette époque, conduit Fontan à concevoir le principe de sa méthode et quelles modifications de détail des auteurs plus récents ont cru bon d'y apporter. Préciser la technique que notre propre expérience nous a montré être la meilleure. Présenter dans un tableau d'ensemble les résultats qu'on peut en attendre. Faire valoir ses avantages et ses inconvénients com-

parativement aux autres méthodes. Enfin discerner, parmi tous les cas cliniques, ceux qui en semblent plus particulièrement justiciables.

Tel est le but de ce travail.

Avant d'entreprendre cette étude, nous tenons à remercier notre excellent ami, le Dr Broussolle, interne des Hôpitaux. Il nous a aidé de ses affectueux conseils dans tout le cours de nos études et sa précieuse collaboration nous a grandement facilité la rédaction de ces pages. Qu'il reçoive ici l'assurance de notre bien vive reconnaissance.

HISTORIQUE

La méthode de Fontan consiste essentiellement dans l'injection à l'intérieur du bubon chancrelleux de vaseline iodoformée après ponction étroite et évacuation du pus.

Ce qu'il y avait d'original dans cette méthode, au moment où Fontan la préconisait, c'était d'une part la *ponction au bistouri* substituée à la ponction capillaire ou à l'incision large pour évacuer le pus, c'était d'autre part la *distension de la poche*, une fois vidée de son pus, par un agent antiseptique l'iodoforme avec de la vaseline comme excipient.

Le professeur Fontan, alors chargé du service des maladies vénériennes à l'hôpital de Saint-Mandrier, a montré dans une de ses cliniques comment il avait été amené à cette double conception.

Si on tient pour nécessaire l'évacuation du pus, on ne peut en effet recourir à la ponction capillaire ; car, dit Fontan, « le produit des adénites suppurées est trop épais pour être extrait par aspiration ». Il n'y aura possibilité de vider la poche que par incision.

Mais on savait, dès cette époque, les mauvais résultats que donnent, en clinique, l'incision large d'un bubon et Fontan croyait en trouver la raison dans le mémoire que Strauss avait déposé à la Société de Biologie en 1884. Il était alors classique d'admettre que le bubon fermé était stérile et qu'il ne devenait chancreux qu'une fois ouvert, par inoculation secondaire. L'agent pathogène du chancre mou, encore inconnu à cette époque, était apporté sur la plaie par les mains du malade ou les souillures du pansement. Aussi Fontan tenait-il pour essentiels des soins antiseptiques (lavage de la région et lavage de la poche au sublimé) sur la rigueur desquels il n'est plus nécessaire d'insister aujourd'hui. Nous savons maintenant que le bubon chancrelleux contient d'emblée le strepto-bacille pathogène, découvert en 1889 par Ducrey ; mais il reste certain que la fistulisation prélude trop souvent à des suppurations interminables, qu'elle doit être évitée autant qu'il est possible. Or il n'est plus à démontrer aujourd'hui, que les larges débridements des bubons et même les petites incisions conduisent trop souvent à la chancrellisation des lèvres de la plaie.

« Pour éviter, concluait Fontan, la plupart des inconvénients du Bubon (décollement, suppuration prolongée, phagédénisme, etc.), il faut éviter la transformation chancreuse, c'est-à-dire le mettre avant tout à l'abri de l'inoculation. Le mieux serait de le traiter par occlusion. Il faut, cependant, l'ou-

vrir : il faut en évacuer le pus ; mais, cette évacuation faite, il faut refermer la plaie aussi complètement que possible. »

« Enfin pour obtenir que la poche s'accolle promptement, il faut la mettre hors d'état de fabriquer du pus et, pour cela, la stériliser par la pénétration d'un antiseptique ; le maintien de cet antiseptique à demeure sera même le moyen le plus efficace. » Quant au choix de cet antiseptique, Fontan s'est tout naturellement adressé à l'iodoforme, alors très en vogue. « Depuis quelques années, dit-il, les médecins, qui ont employé l'iodoforme dans le traitement des bubons largement ouverts, en avaient obtenu d'assez bons résultats ; mon procédé est, en réalité, une sorte de pansement à demeure iodoformé à l'intérieur d'un ganglion suppuré étroitement ouvert. L'injection d'iodoforme utilise la vaseline tiède comme véhicule, parce que l'éther, employé dans quelques cas, s'échappe aussitôt par une ouverture qui n'est pas capillaire. La vaseline, au contraire, portée à 50 degrés se fige dans la poche en redescendant au-dessous de 42 degrés qui est son point de liquéfaction. » C'était, d'ailleurs, le moment où Laborde venait de faire sa thèse sur « les injections cavitaires et interstitielles d'éther iodoformé dans le traitement des tuberculoses locales », mais déjà il indiquait que « malheureusement beaucoup de ces abcès, ceux des ganglions surtout, se vident mal. Des grumeaux viennent boucher la canule et fréquemment on est obligé de ponctionner au bistouri. Dans ces

cas l'injection est encore possible, elle est cavitaire, mais la cavité n'est plus absolument fermée ; l'éther n'est plus alors utilisable et nous pratiquons l'injection de vaseline iodoformée chaude coagulable avec occlusion consécutive de la plaie ».

La méthode de Fontan s'était trouvée vulgarisée surtout parmi les médecins de la marine et de l'armée coloniale. C'est ainsi que les rares publications à ce sujet avaient paru dans *les Archives de Médecine navale*, dans *les Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, dans le *Bulletin de la Société médicale d'Indochine*. Puis le silence s'était fait sur elle et peut-être même serait-elle tombée dans l'oubli, si elle ne nous était revenue d'Amérique. On parle aujourd'hui couramment de méthode d'Otis-Fontan, comme si Otis en avait été l'instigateur. Il nous a paru intéressant de préciser avec quelques détails ce petit point d'histoire médicale.

La communication d'Otis dans le *Journal of cutaneous and genito-urinary diseas* de New-York date de 1893.

Il commence par y rappeler les déboires que lui ont donnés les autres méthodes et ajoute qu'il n'avait jamais eu de résultats constants jusqu'en 1890 ; « quand, écrit-il, Potain fit connaître une série de quarante et un cas traités par l'injection d'un mélange d'iodoforme et de vaseline, la moitié des malades ayant guéri en moins de cinq jours et la plus longue guérison s'étant fait attendre vingt-trois jours ; d'où je fus amené à essayer ce traitement ».

Il eut l'occasion de soigner seize malades dans le service des voies urinaires de la Clinique Vanderbilt avec son assistant le Dr Geo H. Gaïdzakian.

De ces 16 cas.

9 furent guéris en 6 jours
3 — 12 —
1 — 14 —
1 — 23 —
2 furent perdus en cours de traitement.

Or la technique qu'Otis dit avoir suivie est, point par point, la technique même de Fontan. La série de 41 observations qu'il attribue à Potain est la série de Fontan. On voit donc qu'Otis ne revendique nullement la paternité de la méthode, qu'il n'y apporte aucune modification de technique ; la seule originalité de son travail est d'avoir, par une référence malheureuse, attribué à Potain ce qui était à Fontan. Ainsi en va-t-il de cette modeste acquisition médicale comme de bien d'autres découvertes en d'autres domaines ; découvertes nées en France et qui n'ont été vulgarisées qu'après avoir été à l'étranger y prendre un nom usurpé.

Balzer, en effet, dans le traité classique de Brouardel et Gilbert (1906) parle de la « méthode d'Otis Fontan ».

Dubreuilh en mai 1914 écrit : « La méthode d'Otis reprise et popularisée par Fontan... » ; et tous les travaux récents continuent à accoler ces deux noms.

Pendant la guerre, l'article de Dubreuilh et Mal-

lein rappela l'attention sur cette méthode et, comme les centres de vénéréologie hospitalisaient alors de nombreux bubons, elle fut appliquée sur une grande échelle et les publications se multiplièrent à son sujet : chacun apportant non pas seulement sa statistique, mais encore les modifications de détail qu'il avait cru bon de proposer.

Fontan, dès 1889, avait apporté quelques changements à son procédé originel : il abaissait le titre de sa vaseline iodoformée de un sixième à un dixième et il reconnaissait que plusieurs injections successives pouvaient se trouver indiquées.

Dubreuilh et Mallein injectent la vaseline froide ou refroidie et conseillent de vider la poche au bout de quarante-huit heures tout en reconnaissant « qu'il n'y a pas d'inconvénient à laisser la vaseline plus longtemps si le pansement tient bien et s'il n'y a pas d'inflammation ou de douleur ».

On peut évidemment concevoir bien des variantes de technique : modifier le titre de la vaseline iodoformée ; recourir à l'huile xylo-iodoformée ; laisser la vaseline séjourner plus ou moins longtemps, tantôt l'abandonnant définitivement dans la poche et tantôt l'évacuant systématiquement au bout de deux à huit jours. Ce sont là modifications de détail, qui ne sont pas en contradiction avec les principes énoncés par Fontan.

D'autres méthodes voisines ont été également proposées pour le traitement des Bubons. On peut distendre la poche, une fois ponctionnée et vidée de

son contenu, par une pâte comme celle que préconisait Balzer et qui est à base de chlorure de zinc et d'oxyde de zinc ; on peut combiner à la ponction au bistouri des lavages au nitrate d'argent ; on peut incorporer l'iodoforme dans un véhicule comme l'éther et alors plus n'est besoin de bistouri ; c'est une simple injection modificatrice. Mais ce serait abus de langage que de prétendre encore, en ce faisant, appliquer la méthode de Fontan.

TECHNIQUE

Nous avons indiqué, dans le chapitre précédent, les principes directeurs de la méthode de Fontan tels qu'il les résumait lui-même en 1889.

C'est sa technique que nous avons appliquée aux malades dont nous publions les observations et les très légères modifications que nous y avons apportées n'en altèrent pas les grandes lignes.

Le malade sera opéré couché dans son lit. Petges, Cottu et Gratiot considèrent comme nécessaire d'intervenir dans une salle d'opération. Pour notre part, nous ne l'avons jamais fait et nous n'en voyons pas la nécessité. Fontan insistait sur les soins pré-opératoires ; nous nous contentons d'un simple badigeonnage iodé, après désinfection à l'alcool ou à l'éther de la région préalablement rasée.

On prépara sur un plateau le matériel nécessaire soigneusement aseptisé :

Un bistouri à lame étroite.

Une seringue en verre de 20 centimètres cubes, munie d'un embout métallique.

Un pot renfermant de la vaseline iodoformée à 1/10 liquéfiée au bain-marie.

Un verre plein d'eau bouillie froide.

Des compresses, du coton.

Du collodion.

Nous n'insisterons pas sur la toilette des mains de l'opérateur, qui devra être faite aussi minutieusement que pour toute autre intervention même peu importante.

L'anesthésie nous semble inutile, nous n'avons jamais eu à y recourir. « Chez les sujets délicats, écrit Fontan, ou quand l'empâtement est très douloureux, l'injection de quelques centimètres cubes de cocaïne autour du bubon en atténue beaucoup la sensibilité ». Quant au chlorure d'étyle, il a l'inconvénient de durcir la peau sous le bistouri, s'il est appliqué localement. On l'a préconisé également pour l'anesthésie générale rapide.

Le premier temps de l'intervention consiste en une *ponction du bubon avec un bistouri à lame étroite.* On peut employer dans ce but un bistouri à cataracte. La ponction sera faite perpendiculairement au pli de l'aine, pour éviter la béance des lèvres de la plaie, au point le plus fluctuant et non au point le plus déclive ; car il ne doit y avoir aucun écoulement de pus les jours suivants et l'ouverture doit être centrale pour que le pus chassé avec les doigts de tous les points de la poche puisse y affluer. La ponction pratiquée avec la pointe du bistouri doit avoir une largeur de quelques millimètres, juste suffisante pour introduire l'embout de la seringue.

Dès que le bubon est ouvert, il s'écoule en géné-

ral spontanément un pus plus ou moins épais et coloré qu'on ramasse avec du coton ou entre deux compresses. Il faut ensuite *vider la poche aussi complètement que possible*, par expression, comme on vide le contenu d'un furoncle. On fera fléchir légèrement la cuisse du malade, puis on saisira l'abcès à pleine main et on exercera une pression lente, méthodique sur tous les points de la circonférence de la tumeur. On chassera le pus vers l'orifice avec le plus de douceur possible ; mais parfois une certaine énergie sera nécessaire pour bien vider toutes les anfructuosités. Au besoin on introduira par l'orifice une sonde cannelée pour rompre les brides qui cloisonnent la poche et circonscrivent de petites loges qu'on ne pourrait vider autrement. Certains auteurs ont préconisé l'emploi de la curette. Ce procédé nous semble inutile et même nuisible. La curette détruit le tissu cellulaire sous-jacent à la peau qui est ainsi privée de ses moyens de nutrition. De plus cette opération est très douloureuse et peut être suivie d'hémorragies plus ou moins tardives. Nous nous en tenons à l'expression simple qui doit être poussée jusqu'aux dernières gouttes de pus, dussent-elles être striées d'un peu de sang. Il faut pêtrir les tissus enflammés jusqu'à ce qu'on ne donne plus issue qu'à une sérosité fluide légèrement rosée. Cette malaxation est pénible, même douloureuse ; elle doit être faite graduellement, avec toute la patience et la douceur nécessaires, mais il est indispensable d'évacuer complètement le pus. C'est là un temps capital

de l'intervention, qu'on ne peut négliger sans courir à un échec.

L'expression du bubon terminée, Fontan injectait dans la poche quelques seringues de liqueur de Van Swieten pour laver les parois. Cette précaution nous a paru inutile ; elle a d'ailleurs été abandonnée par la plupart des auteurs.

On peut, à ce moment, prévenir le malade qu'on n'aura plus à le faire souffrir. Puis il faut remplir la seringue de vaseline iodoformée. On a fait tiédir celle-ci au bain-marie pour la liquéfier ; le remplissage de la seringue est donc habituellement très facile et, si la vaseline n'était pas assez liquide, il suffirait de la reporter quelques instants au bain-marie ; mais il y a intérêt à ce qu'elle ne soit pas trop chaude car elle mettrait trop de temps pour se solidifier. La seringue étant remplie, il faut attendre et discerner le moment précis où va débuter la solidification. On en est d'ordinaire averti par un léger changement de teinte, par une sorte d'opalescence ou encore par une diminution de fluidité qu'on constate en inclinant doucement la seringue ; les quelques bulles d'air, enfermées dans la vaseline encore liquide, ne se déplacent plus avec la même rapidité.

Après avoir rassuré le malade, on l'engage à respirer tranquillement, à ne pas se contracter et à rester immobile. On introduit alors l'embout de la seringue dans l'orifice de ponction et *on pousse doucement la vaseline jusqu'à distension modérée.* Il

faut injecter presque autant de vaseline qu'on a retiré de pus et restituer au bubon sensiblement le volume qu'il avait avant l'intervention. Ce serait une erreur d'injecter trop de vaseline ; la surdistension de la poche serait douloureuse et entraînerait chez le malade une agitation qui contribuerait à l'expulsion de la vaseline. Un autre inconvénient serait d'en injecter trop peu ; car l'antiseptique n'arriverait pas au contact de tous les diverticules et de plus il pourrait se produire dans la poche de petites hémorragies. Il est donc très important d'assurer une distension modérée et Dubreuilh va même jusqu'à se demander, si l'action mécanique de la vaseline assurant cette distension ne l'emporte pas sur l'action antiseptique de l'iodoforme.

Ceci fait, on entoure de compresses trempées dans l'eau bouillie froide l'embout dans lequel la vaseline se solidifie et on le laisse dans l'orifice pendant quelques minutes, après avoir enlevé la seringue. En général lorsqu'on retire l'embout, la vaseline solidifiée reste dans la poche. La plupart des auteurs signalent la difficulté qu'on a parfois à maintenir dans la poche la vaseline qui tend à s'échapper et considèrent comme nécessaire l'occlusion au collodion. Cette difficulté n'est pas niable mais elle est moindre, si on n'a injecté la vaseline qu'au moment où elle allait se solidifier et si on prend soin de laisser quelques minutes, entre les lèvres de la plaie, l'embout de la seringue ; au contact du métal, la solidification est plus rapide.

On terminera par un pansement avec des compresses stérilisées, recouvertes d'une couche de coton et on fixera par un spica légèrement compressif. On recommandera au malade l'immobilité absolue.

Les jours suivants, le malade restera au repos complet au lit. Cet alitement n'est pas indispensable. Nous même, après bien d'autres, avons pu obtenir de beaux résultats chez des malades qui continuaient à vaquer à leurs occupations ; mais l'immobilité absolue donne des succès beaucoup plus constants et beaucoup plus rapides. Mieux vaut, toutes les fois que cela est possible, exiger des malades le repos au lit.

Dès la première journée la douleur cesse complètement, le malade qui souvent ne dormait plus peut reposer, les symptômes phlegmoneux, la lymphangite disparaissent. Puis la région reprend peu à peu son aspect normal, l'orifice s'agglutine. Cette cicatrisation peut être immédiate et au bout de vingt-quatre heures les lèvres de la petite plaie de ponction sont réunies alors que le bubon conserve son volume et son aspect fluctuant, dus à la vaseline incluse dans la poche. En général, la plaie laisse filer une partie de la vaseline avec quelques gouttes de pus ou de sang. La température est normale sauf le premier et le deuxième jour, où elle oscille entre 38 degrés et 38°5.

Fontan se contentait de refaire les pansements, sans exprimer la poche, les jours qui suivaient l'intervention. Au besoin, si la cavité ne paraissait pas

effacée et si la plaie avait laissé filer une grosse partie de la vaseline, il refaisait une ou plusieurs injections. Dubreuilh et Mallein expriment la vaseline au bout de quarante-huit heures. Cette expression systématique est généralement pratiquée ; on pourrait à l'exemple de Petges, Cottu et Gratiot la différer jusqu'au cinquième ou neuvième jour. Pour notre part, nous vidons la poche, dans les cas habituels où l'inflammation a disparu, trois ou quatre jours après l'intervention. Si la vaseline est mélangée à du pus, s'il persiste un peu d'inflammation, nous faisons une nouvelle injection. Cette expression est, d'ailleurs, indolore et il est inutile de la pousser aussi loin que l'évacuation du pus après la ponction, car il n'y a aucun inconvénient à laisser de la vaseline dans la poche si toute inflammation, toute suppuration a disparu.

Quelquefois, surtout si la vaseline est restée longtemps dans la cavité, elle sort décolorée comme si l'iodoforme avait été absorbé.

En général, la guérison est complète en quatre à huit jours et le malade peut immédiatement reprendre son travail.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle)

B... Gabriel, entre salle Saint-Louis le 4 octobre 1919.

Chancres anaux très douloureux; trois petits chancres du sillon balano-préputial et du méat.

Le 26 septembre, apparition d'une adénite inguinale droite, qui oblige le malade à cesser son travail le 3 octobre.

Le 7 octobre, jour de l'intervention, le bubon présente le volume d'un œuf, la peau congestionnée paraît en bon état, pas de lymphangite.

On exprime une cuillère à soupe de pus couleur chocolat.

Injection de 7 centimètres cubes de vaseline iodoformée.

Dès le lendemain, le malade ne se plaint plus de son bubon mais uniquement de ses chancres anaux.

Le 10 octobre, expression de 1 centimètre cube de vaseline mélangée à quelques gouttes de sang.

Le 14 octobre, guérison complète du bubon. Il persiste dans la région inguinale un petit noyau d'induration profonde indolore. Le malade reste en traitement pour ses chancres.

OBSERVATION II (Personnelle)

S... Georges, entre salle Saint Louis, le 3 octobre 1919.

Deux chancres du sillon balano-préputial qui se cicatrisent le 10 octobre.

A gauche, bubon très douloureux. Le malade à son entrée accusait une soif intense, de l'insomnie, du délire. Tous ses symptomes s'atténuent par le repos et un traitement local par des compresses humides chaudes.

Le 14 octobre, du bubon, gros comme une mandarine, on exprime une cuillère à soupe de pus jaunâtre.

On injecte 7 centimètres cubes de vaseline.

Dès le premier jour disparition des douleurs, le sommeil revient.

On exprime le 17 octobre 2 centimètres cubes de vaseline mélangée à quelques gouttes de sang.

La guérison est complète le 20 octobre. Il persiste un noyau indolore d'induration profonde.

OBSERVATION III (Personnelle)

D... Eugène, entre le 4 octobre salle Saint Louis.

A eu le 4 septembre à la base de la verge un petit chancre mou qu'il qualifie de bouton et dont il ne reste que quelques croûtes.

Dans la région inguinale droite, bubon dont le début remonte au 23 septembre.

Le 7 octobre, on ponctionne ce bubon qui a le volume d'un œuf de pigeon. La peau est en excellent état.

Après expression d'une cuillerée à café de pus marron, on injecte 7 centimètres cubes de vaseline.

Toute douleur disparaît. Le 10 octobre, on exprime 3 centimètres cubes de vaseline et quelques gouttes de sérosité roussâtre.

Le 11 octobre, le malade sort guéri. Il conserve dans la région inguinale un nodule indolore.

OBSERVATION IV (Personnelle)

G... Fernand, entre le 4 octobre 1919, salle Saint-Louis.

A présenté en septembre de nombreux chancres du gland et du sillon balano-préputial.

Au milieu de septembre, apparition d'un bubon inguinal gauche. Aurait eu avant son admission à l'hôpital une large plaque de lymphangite qui a cédé aux pansements humides.

Intervention, le 6 octobre.

La peau rouge violacée, amincie recouvre une adénite du volume d'un œuf.

On exprime 6 à 8 centimètres cubes de pus bien lié, crémeux, jaune verdâtre et on injecte 5 centimètres cubes de vaseline iodoformée.

Aucune douleur les jours suivants.

Le quatrième jour, on exprime toute la vaseline injectée et quelques gouttes de sérosité louche, sanglante.

Le cinquième jour, la plaie est cicatrisée. Il reste une poche affaissée avec un bourrelet induré des dimensions d'une pièce de 5 francs.

OBSERVATION V (Personnelle)

D... Armand, entre salle Saint-Louis, le 8 octobre 1919.

Au début de septembre, deux chancres mous de la face dorsale de la verge guéris depuis le 1er octobre.

Le 12 septembre, bubon inguinal droit traité par la méthode de Fontan le 20 septembre. Fistulisation, décollement, nombreux clapiers.

Nous voyons ce malade pour la première fois à son entrée à l'hôpital le 8 octobre. Il est admis pour un bubon siégeant à 3 centimètres au-dessus de celui opéré en septembre.

Adénite nettement suppurée du volume d'une grosse noix, lymphangite sur 20 centimètres de diamètre marquée surtout au côté interne, où elle gagne la racine de la verge. La peau est rouge, congestionnée, mais résistante.

Intervention le 9 octobre. Le pus sort sous pression en assez grande quantité, il est de coloration jaune clair. En achevant de vider la poche, on exprime une cuillerée à café de vaseline blanche, décolorée, provenant du précédent Fontan.

On injecte 15 centimètres cubes de vaseline.

Les jours suivants, la douleur a complètement disparu. Le premier jour on retrouve un peu de vaseline et quelques gouttes de pus dans le pansement.

Le 13 octobre, expression de 2 centimètres cubes de sérosité jaunâtre puis de 10 centimètres cubes de vaseline.

Le 15 octobre, la guérison est complète.

Quant au bubon fistulisé, il est débridé au thermocautère

et traité par des pansements à la poudre d'iodoforme. La cicatrisation est obtenue le 6 novembre, quarante-cinq jours après l'intervention.

OBSERVATION VI (Personnelle)

B... Lucien, entre salle Saint-Louis, le 12 octobre 1919.

Un mois après l'apparition d'un chancre mou du sillon balano-préputial à droite, un constate à gauche une adénite inguinale qui évolue vers la suppuration.

Le 20 octobre, on fait un Fontan.

Le bubon gros comme une petite mandarine est recouvert d'une peau rouge. Lymphangite sur 10 centimètres de diamètre.

On retire 4 cuillerées à café de pus épais, jaunâtre et dans la poche aplatie, très affaissée, on injecte 12 centimètres cubes de vaseline.

Dans l'après-midi suivant, le malade ressent quelques élancements dans la région inguinale puis toute douleur disparaît et la guérison semblait assurée; lorsque le quatrième jour, on constate la présence d'un peu de sérosité dans le pansement. La région devient à nouveau rouge, congestionnée, douloureuse.

Le cinquième jour, on exprime la vaseline et quelques gouttes de pus.

Le huitième jour, on constate une chancrellisation de l'orifice de ponction, qui, traitée par les attouchements au liquide de Bonnin et à la solution alcoolique saturée d'acide phénique guérit en huit jours.

Le malade sort guérit le 5 novembre.

OBSERVATION VII (Personnelle)

L... Auguste, admis salle Saint-Louis, le 11 octobre 1919.

Au début d'octobre, deux chancres mixtes de la verge.

Puis, quelques jours après, apparition d'un bubon chancrelleux à gauche.

Le 20 octobre on ponctionne ce bubon qui a les dimensions d'un gros œuf. La peau est en excellent état. On exprime 20 centimètres cubes d'un pus liquide couleur chocolat.

Par l'orifice très étroit, on injecte 10 centimètres cubes de vaseline iodoformée.

Suites opératoires normales. On trouve un peu de vaseline et de sang dans le pansement le deuxième jour.

Le troisième jour, l'orifice est agglutiné, le malade est guéri, il sort de l'hôpital le 25 octobre.

OBSERVATION VIII (Personnelle)

B... René, admis salle Saint-Louis, le 11 octobre 1919.

Présente un chancre à peu près cicatrisé, qui a perforé le frein de la verge.

Depuis vingt jours souffre de deux bubons inguinaux, qui sont traités le 17 octobre par le procédé de Fontan.

L'adénite gauche du volume d'une noix est douloureuse. La peau est rouge. La ponction permet d'évacuer deux cuillères à café de pus liquide. Dans la poche affaissée, on injecte 8 centimètres cubes de vaseline.

A droite, le bubon un peu plus petit est nettement fluctuant. Après expression d'une cuillère à café de pus jaunâtre, la région reste plus indurée qu'à gauche et aussi plus œdémateuse. On injecte 5 centimètres cubes de vaseline.

Au bout de douze heures toute douleur a disparu.

Guérison en cinq jours. L'expression, pratiquée le troisième jour, a donné quelques centimètres cubes de vaseline, sans une goutte de pus.

OBSERVATION IX (Personnelle)

B... André, admis salle Saint-Louis, le 5 octobre 1919.

Au début de septembre, chancre mou de la région dorsale du prépuce.

Depuis le milieu de septembre souffre de la région inguinale droite où évolue un bubon. Les douleurs très violentes depuis le 25 septembre empêchent le malade de dormir.

Ce bubon gros comme une orange est entouré de tissus très enflammés, avec lymphangite sur 12 centimètres de diamètre.

La ponction pratiquée le 7 octobre donne issue à trois grosses cuillerées à soupe de pus gris brunâtre.

On injecte 28 centimètres cubes de vaseline.

Le malade continue à souffrir les jours suivants.

Le 9 octobre, on exprime toute la vaseline mélangée à un dixième de son volume de pus.

On réinjecte 25 centimètres cubes de vaseline, dont on retrouve une partie le lendemain dans le pansement.

Pas d'amélioration. La peau est très rouge et le 14 octobre

on constate une chancrellisation de l'orifice qu'on traite par des attouchements quotidiens à l'acide phénique.

Le malade était en voie de guérison, lorsque le 20 octobre, malgré nos conseils, il sortit sur sa demande. Nous n'avons pu savoir ce qu'il était devenu.

OBSERVATION X (Personnelle)

C... Eugénie, admise salle Henri-IV, le 30 octobre 1919.

Présente à son entrée un bubon inguinal gauche du volume d'une petite mandarine, recouvert d'une peau rouge violacée, amincie.

On lui fait le jour même un Fontan.

La ponction donne issue à trois cuillerées à café de pus jaune verdâtre.

On injecte 8 centimètres cubes de vaseline iodoformée.

Le troisième jour on exprime 4 centimètres cubes de vaseline presque décolorée.

Le lendemain l'orifice est agglutiné, la région complètement indolore a repris son aspect normal.

La malade sort de l'hôpital le 7 novembre.

OBSERVATION XI (Personnelle)

M... Aristide, traité au dispensaire de la salle Saint-Louis.

Bubon inguinal gauche.

Fontan, le 17 octobre.

On retire 25 centimètres cubes de pus.

On injecte 20 centimètres cubes de vaseline.

Ce malade, qui vient à l'hôpital seulement pour se faire panser, guérit en trois jours.

OBSERVATION XII (Personnelle)

P... André, entre salle Saint-Louis, le 26 octobre 1919.

A eu au milieu d'octobre quatre chancres mous de la verge pas encore cicatrisée.

Dans la deuxième semaine d'octobre apparition d'un bubon à droite. La douleur très vive empêche le malade de dormir.

Le 30 octobre, jour de l'intervention, le bubon gros comme une noix est entouré d'une zone de lymphangite de 10 centimètres de diamètre.

On évacue 5 centimètres cubes de pus mélangé à du sang.

On injecte 4 centimètres cubes de vaseline.

Dès le premier jour les phénomènes inflammatoires et douloureux disparaissent ; le malade peut enfin dormir.

La vaseline est exprimée le 4 novembre et le malade sort guéri de l'hôpital le lendemain.

OBSERVATION XIII (Personnelle)

M... Placido, entre salle Saint-Louis, le 9 novembre 1919.

Présente un chancre mou non cicatrisé du sillon balano-préputial datant de un mois.

A la fin d'octobre apparition d'une adénite inguinale droite qu'on traite le 10 novembre par la méthode de Fontan.

Le bubon a les dimensions d'une mandarine, il est entouré d'une zone de lymphangite ; il donne issue à 25 centimètres cubes de pus jaunâtre très épais.

On injecte 15 centimètres cubes de vaseline et on oblitère l'orifice avec du collodion.

La vaseline est exprimée le 15.

Le 16, la région absolument indolore a repris son aspect normal.

OBSERVATION XIV (Personnelle)

P... Laurent, admis salle Saint-Louis, le 1er novembre.

Au milieu de septembre, chancre mou de la verge guéri depuis le 2 octobre.

Le 15 octobre, apparition d'un bubon inguinal gauche très douloureux qui empêche le malade de dormir.

Ce bubon a le volume d'une mandarine. La peau est congestionnée et présente une plaque de lymphangite des dimensions d'une paume de main.

Le malade est opéré le 2 novembre.

On retire 40 centimètres cubes de pus jaune, crémeux et on injecte 20 centimètres cubes de vaseline.

Dans la nuit suivante, le malade, qui souffre beaucoup, exprime lui-même une partie de la vaseline.

Le lendemain, les douleurs et l'inflammation disparaissent. Deux jours après, l'orifice est agglutiné et le malade sort guéri le 9 novembre.

OBSERVATION XV (Personnelle)

H... Henri, admis salle Saint-Louis le 8 novembre.

A eu à la fin d'octobre un très petit chancre du sillon balano-préputial, qui s'est cicatrisé en trois jours.

Le malade se plaint depuis une semaine d'une adénite inguinale gauche qui présente le volume d'une noix.

La ponction permet d'évacuer une cuillerée à soupe de pus. On injecte 10 centimètres cubes de vaseline iodoformée. Toute douleur disparaît.

Le troisième jour, on trouve un peu de vaseline et quelques gouttes de sérosité dans le pansement.

Le malade sort guéri le huitième jour.

OBSERVATION XVI

(Rapportée par Fontan dans ses leçons à la Clinique de Saint-Mandrier.)

Un de mes élèves avait employé mon procédé. Le bubonien, guéri par première intention, fut mis exéat au bout de trois ou quatre jours.

A la caserne, le médecin-major trouve une petite masse fluctuante et malgré les protestations du militaire, qui se dit guéri, il le renvoie à l'hôpital.

Là, nouvelle aventure : le chef de service, qui n'est pas au courant, constate la fluctuation et plonge sa lancette. Il voit sourdre une vaseline parfaitement blanche, dépouillée d'iodoforme et sans mélange de pus.

Etonnement général : l'élève est mandé et tout s'explique.

OBSERVATION XVII

(Rapportée par Fontan dans ses leçons à la Clinique de Saint-Mandrier.)

Un jeune soldat revenait du Tonkin avec deux bubons énormes prêts à suppurer.

A droite sur le plus petit bubon, je fis une large incision, qui intéressait toute la peau décollée et, après lavage au Van Swieten, je pansai la plaie à l'iodoforme en poudre.

A gauche, sur un bubon plus large que le précédent, je pratiquai la ponction étroite suivie de l'expression et de l'injection iodoformée et cette cavité, qui aurait pu contenir un œuf de canard fut comblée en deux jours.

A droite, la cicatrisation ne se fit que le vingt-cinquième jour et encore cela est-il un résultat relativement bon, dû aux pansements antiseptiques.

OBSERVATION XVIII

(Rapportée par Fontan, dans ses leçons à la Clinique de Saint-Mandrier.)

Un matelot se trouvait atteint, du côté droit, d'un bubon suppuré, ouvert depuis plusieurs semaines et n'ayant point de tendance à la guérison.

A gauche se trouvait un bubon plus récent, que je pus traiter et guérir par ma méthode en quelques jours et cela bien avant la cicatrisation du bubon droit.

RÉSULTATS DU TRAITEMENT

Nous avons appliqué la méthode de Fontan à 15 malades, dont un présentait une adénite bilatérale, ce qui porte à 16 le nombre des bubons traités.

Nous avons obtenu la guérison :

en 3 jours	dans	2	cas
— 4	—	1	—
— 5	—	5	—
— 6	—	2	—
— 7	—	3	—
— 8	—	1	—

Nous avons eu, en outre, deux insuccès dus à des chancrellisations de l'orifice de ponction.

En résumé, à l'exception de ces deux échecs tous nos malades ont guéri en moins d'une semaine et plus de la moitié d'entre eux en cinq jours au plus.

Le professeur Fontan, sur un ensemble de 41 cas, obtient des résultats analogues aux nôtres :

5 guérisons en 24 heures.				
18 guérisons	en un temps	variant de	2 à	5 jours
5	—		10 à 15	—
4	—		15 à 25	—
3 insuccès.				

De ces chiffres il conclut que « plus de la moitié des bubons d'origine chancreuse guériront en moins de cinq jours » et que « la moyenne qui indique les probabilites du traitement est de six jours et quinze heures ».

Otis donne une statistique très comparable à celle de Fontan avec sur 16 cas :

9 guérisons en 6 jours
3 — 12 —
1 — 14 —
1 — 23 —
2 malades perdus de vue en cours de traitement.

Ses malades ont donc dans plus de la moitié des cas guéri en six jours.

Sur 17 malades, Hudelo et Rabut obtiennent : 7 cicatrisations en moins d'une semaine dont 3 au quatrième jour.

6 cicatrisations en moins de quinze jours et enfin une en trois semaines.

La statistique la plus grosse est celle de Dubreuilh et Mallein. Elle porte sur 121 malades qui fournissent 15 insuccès et 106 succès complets ; la guérison étant obtenue en général en quatre à six jours.

Pour Chevalier et Broussolle, « en règle générale, le bubon guérit en moins d'une semaine ».

Petges, Cottu et Gratiot sur 46 bubons, traités par le procédé de Fontan, obtiennent 34 succès en huit à douze jours ; mais il s'agissait là de cas peu favorables portant sur « un lot de malades évacués de

l'avant après être restés plusieurs jours sans pansement. Ils étaient fatigués, très infectés. Leurs bubons étaient ramollis, prêts à s'ouvrir spontanément et recouverts d'une peau amincie ».

Duclos rapporte 17 observations de malades traités par la méthode de Fontan avec guérison et un temps variant de sept à quarante-quatre jours :

On voit que les échecs du traitement sont fort rares. La plupart du temps, ils sont dus à une chancrellisation des lèvres de l'orifice. Fontan « n'hésite pas à déclarer que cette inoculation secondaire vient, soit d'une faute dans le pansement, soit de l'indifférence, de l'indocilité du malade ». C'est peut-être en partie à cette dernière cause qu'il faut rapporter un de nos insuccès. Il s'agissait d'un malade très indiscipliné (observation IX) qui sortit de l'hôpital sur sa demande et malgré nos conseils avant complète guérison. Mais, contrairement à l'opinion admise à l'époque de Fontan, nous savons maintenant que le pus du bubon renferme, dès le début de la suppuration, le strepto-bacille de Ducrey. Il ne faut donc pas s'étonner si, dans quelques cas, le pus chancrellise les lèvres de l'orifice. Cet accident se produira surtout lorsqu'on aura affaire à des malades fatigués, infectés ou à des bubons dont la peau est en état de moindre résistance, rouge, amincie, congestionnée, prête à se rompre. Les deux bubons, dans le traitement desquels nous avons eu des insuccès (observations IX et VI), étaient dans ce cas. Nous avons eu, au contraire, des guérisons très

rapides, en trois ou quatre jours, chez les malades que nous avons pu surveiller et opérer alors que la peau de la région inguinale était en excellent état.

On aura également des échecs, Fontan le signale, dans les « bubons anciens, fongueux, incapables de réparation ».

Beaucoup moins fréquentes que les chancrellisations, les fistulisations peuvent être dues à une chancrellisation mal traitée ou encore à une incision trop hâtive du bubon, avant que le pus ne soit franchement collecté.

Rarement, la suppuration persiste malgré des réinjections successives de vaseline et oblige à une intervention chirurgicale. Dans ce cas, le bubon stérilisé en grande partie par l'iodoforme « est transformé en abcès simple et guérit en quinze à vingt jours ».

En résumé, notre propre expérience confirme la conclusion que formulent la plupart des auteurs : la méthode de Fontan, dans l'immense majorité des cas, donne d'excellents résultats. *La guérison du bubon est obtenue, en général, en moins d'une semaine et, dans plus de la moitié des cas, en quatre à six jours.*

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE LA MÉTHODE DE FONTAN

La méthode de Fontan comporte de multiples avantages.

Elle n'exige qu'un *matériel très réduit*, facile à stériliser et qu'on pourra toujours réunir rapidement. *La technique* en est fort *simple* ; elle ne demande qu'une attention soutenue et une asepsie minutieuse tant pendant l'intervention que lors des pansements consécutifs. Tout médecin praticien peut dont l'appliquer.

Au contraire le traitement par l'air chaud, par les rayons X ou même par la ventouse de Bier demande une instrumentation spéciale, fort coûteuse, qu'on aura parfois de la peine à se procurer et qui, pour quelques-unes de ces méthodes, n'est applicable que par un médecin spécialiste.

Avec le procédé de Fontan, *les soins post-opératoires sont des plus réduits* : dans les cas favorables, ils se bornent à remplacer, au bout de deux à huit jours, la compresse souillée par la vaseline que la plaie a laissé filer et par quelques gouttes de sang ou

de sérosité. Les cas sont rares qui nécessitent des réinjections successives de vaseline.

Nous avons dit plus haut que nous considérions comme nécessaire le repos au lit pendant trois ou quatre jours malgré les succès obtenus chez des malades qui continuaient à marcher.

Les malades des dispensaires et policliniques auront donc tout intérêt à être hospitalisés ; mais cette hospitalisation sera réduite au minimum ; elle durera une semaine en général et n'est pas comparable à celle que nécessitent les larges débridements qui immobilisent les patients pendant des mois. En clientèle, le médecin ne sera pas obligé de revenir chaque jour auprès du malade ; il avertira qu'il n'y a pas d'inconvénient sérieux à ce qu'un peu de vaseline s'échappe spontanément ; par contre, le médecin devra être rappelé, si la douleur reprend après quelques jours d'accalmie, s'il s'écoule du pus ou si l'orifice se chancrellise.

Fontan fait remarquer, avec juste raison, que sa méthode ne laisse *aucune cicatrice* : pas de brides, pas d'adhérences, la peau conserve toute sa finesse et sa souplesse, la cicatrice est invisible. A peine persiste-t-il, pendant quelque temps, dans la profondeur, un bourrelet dur et indolore de péri-adénite ou, au contraire, une masse de vaseline plus ou moins ramollie et fluctuante.

Enfin, s'il échoue, le procédé de Fontan n'est pas un obstacle à un traitement chirurgical ultérieur. Il

apporte souvent une amélioration notable et stérilise, en partie, la cavité du bubon.

Après avoir fait valoir les avantages de ce mode de traitement, il est juste d'en énumérer les inconvénients.

La ponction avec la pointe du bistouri est peu douloureuse, l'expression l'est beaucoup plus. Il faut en effet vider complètement la poche de tout le pus qu'elle contient ; c'est là un temps capital de l'intervention et la malaxation, qui permet d'arriver à ce résultat, est très pénible, surtout quand l'inflammation périganglionnaire est prononcée. On peut, nous l'avons dit, atténuer cette sensibilité par différents anesthésiques. En général c'est inutile ; il suffit de procéder doucement et progressivement.

Si pénible que soit cette expression, elle est beaucoup moins redoutée des malades que les débridements larges et multiples qu'exige la méthode des grandes incisions. Elle est suivie presque immédiatement, dans la plupart des cas, d'une sédation complète des symptômes douloureux qui accompagnent la suppuration du bubon. Tel malade, qui depuis plusieurs jours ne dormait plus, peut enfin reposer une nuit entière.

Si l'orifice de ponction est un péu large ou si le malade n'observe pas l'immobilité, une certaine quantité de vaseline peut filer dans le pansement. La vaseline imprègne les compresses et on constate un applatissement marqué de la poche. Il est indiqué, en pareil cas, de refaire une ou plusieurs injec-

tions de vaseline pour remplir à nouveau la cavité.

Quelquefois l'accalmie qui suit l'intervention n'est que passagère. Il persiste un peu de sensibilité et d'inflammation de la région, il peut sourdre quelques gouttes de pus à l'orifice de ponction et quand, le troisième ou quatrième jour, on exprime la vaseline, on voit sortir, mélangé à elle, un pus jaune brun, sanglant. Quelques diverticules de la poche ont échappé à l'action de l'iodoforme. Il faut alors vider complètement la cavité et réinjecter de la vaseline iodoformée. Cet incident se produit surtout avec des bubons polyganglionnaires et Duclos dans ce cas préfère à la vaseline iodoformée le liquide de Calot.

La grosse cause d'échec du traitement, c'est la *chancrellisation* des lèvres de l'orifice de ponction. Cet orifice s'élargit, présente des bords blanchâtres et suppurés, entourés d'une aréole inflammatoire et se révèle plus large encore qu'on ne le jugeait à première vue, si on le sonde avec prudence. Cet accident se produit presque à coup sûr, lorsqu'on intervient trop tard, alors que la peau infectée est en état de moindre résistance.

Mais il est des cas où la chancrellisation frappe des téguments sains recouvrant un bubon opéré au moment d'élection. Parfois il faut attribuer cet accident à une faute de technique : incision trop large laissant filer la vaseline, insuffisance de l'expression, infection de la plaie par des compresses souillées par le pus du chancre, manque d'attention dans les soins post-opératoires. D'autres fois il faut s'en

prendre à l'indifférence ou à l'indocilité du malade, qui défait son pansement, porte sur la plaie ses mains souillées ou n'observe pas l'immobilité prescrite. Cette complication comporte un traitement fort simple : les attouchements quotidiens du point chancrellisé avec du liquide de Bonnin qui est analgésiant puis avec une solution saturée d'acide phénique dans l'alcool. La guérison sera retardée d'une semaine au moins mais non compromise si la chancrellisation est reconnue et traitée dès son apparition.

Lorsqu'on laisse la vaseline se résorber d'elle-même ou lorsqu'on ne l'exprime qu'en partie, on peut pendant longtemps sentir par la palpation profonde une petite masse molle et fluctuante, qui n'est autre que la poche remplie de vaseline. Malgré l'absence de douleur et d'inflammation, un observateur non averti pourrait croire qu'il s'est reformé du pus. Fontan rapporte une erreur de ce genre (Obs. XVI) qui amena le médecin à faire une nouvelle incision. Cette intervention donna issue à une vaseline « blanche, dépouillée d'iodoforme ».

Des cas analogues ont été publiés et nous même, à l'occasion d'une ponction de bubon, avons constaté chez un de nos malades, l'issue de vaseline décolorée provenant d'une adénite située un peu plus bas et traitée par la méthode de Fontan quelque temps auparavant (Obs. V).

Il semble bien que l'iodoforme soit absorbé et ce fait a pu faire redouter les dangers d'une intoxication ; nous n'en avons pas observé personnellement

mais des accidents ont été signalés. Il est donc prudent d'examiner les urines du malade au cas où, la poche étant un peu volumineuse, il y aurait lieu d'injecter une grande quantité de vaseline. Ce danger paraît d'ailleurs illusoire ; il est rare qu'on injecte plus de 25 à 30 centimètres de vaseline ce qui représente au maximum 3 grammes d'iodoforme. Or, Paul Reclus écrit qu'on n'observe d'accidents qu'avec des doses de 10, 15 et 20 grammes d'iodoforme et encore ces cas sont-ils fort rares.

INDICATIONS

La méthode de Fontan n'est pas applicable uniformément à tous les bubons à n'importe quelle période de leur évolution.

Les cas qui donneront les meilleurs résultats sont ceux, où le médecin pourra assister au développement de l'adénite et choisir, pour intervenir, le moment précis où *le pus est nettement collecté*, sans attendre que la peau rouge et amincie soit sur le point de se rompre spontanément.

Il ne faut pas trop compter, pour fixer ce moment d'élection, sur l'apparition de la fluctuation ; la coque de péri-adénite peut empêcher de la percevoir. Trop de bubons se fistulisent sans jamais avoir été fluctuants. Nous opérons lorsque le bubon est bien acuminé ; lorsqu'il présente à son centre une zone ramollie, qui se déprime sous le doigt en un godet ayant les dimensions de l'extrémité de l'index. Cette suppuration sera accompagnée de tous les phénomènes inflammatoires et douloureux habituels. Le malade se plaindra d'une tension très pénible, d'élancements, souvent même de véritables souffrances, il

accusera de l'insomnie, aura un peu de fièvre, quelquefois du délire.

Malheureusement, il n'est pas toujours possible de choisir ainsi le moment de l'intervention. Beaucoup de malades se présentent ayant des adénites nettement suppurées depuis quelques jours déjà. D'autres ne se décident que tardivement à accepter la ponction. Certains fatigués, déprimés, infectés ont besoin de repos pour rétablir leur état général avant l'opération. Dans ce cas, la méthode de Fontan conserve des indications relatives. Elle ne donne pas des résultats aussi satisfaisants que lorsqu'elle est appliquée au moment d'élection ; mais elle reste encore un bon mode de traitement à condition que les téguments ne soient pas en trop mauvais état, prêts à se rompre ou déjà presque chancrellisés.

La guérison sera plus lente et exigera souvent des réinjections successives de vaseline iodoformée.

S'il échoue, le procédé de Fontan ne sera pas un obstacle à l'application d'un autre traitement. Il aura souvent apporté une amélioration notable, il aura contribué à la désinfection de la poche et à la rapidité de la guérison ultérieure.

* * *

On voit que la méthode de Fontan est applicable à un très grand nombre de bubons chancrelleux : nous lui reconnaissons pourtant des contre-indications.

Elle est formellement *contre-indiquée, lorsque la suppuration n'est pas nette.* Il serait alors impossible de vider le pus insuffisamment collecté, dont l'expression serait fort douloureuse. On serait obligé de faire plusieurs réinjections successives de vaseline ; on s'exposerait en outre à une fistulisation ultérieure du bubon. Bref, on perdrait du temps en croyant en gagner.

Il faut à cette période se contenter de pansements alcoolisés, d'applications de pommade au collargol. Souvent même, le repos à lui seul fait avorter le bubon. Si on tient à intervenir à ce moment, mieux vaudrait recourir au drainage filiforme. Celui-ci, en effet, n'exige pas la même maturité d'abcès que le procédé de Fontan. Un pus encore insuffisamment collecté, qui se viderait mal par l'orifice de la ponction au bistouri et qu'on serait dans l'impossibilité d'exprimer complètement dans les quelques minutes qui suivent cette ponction, aura au contraire toutes facilités pour suinter lentement le long des crins, que d'ordinaire on laisse une semaine et plus, s'il le faut. En somme, le drainage filiforme réalisé, selon l'expression de Chaput, « un siphon toujours amorcé ».

Lorsqu'au contraire le pus franchement collecté tend à se faire jour vers l'extérieur, on peut encore, nous l'avons dit, essayer le procédé de Fontan avec chances de succès.

L'échec est à peu près certain, lorsque la peau très amincie est sur le point de se rompre sponta-

nément ou lorsqu'on a affaire à des bubons « anciens, fongueux et incapables de réparation » pour lesquels un curetage est inévitable.

Quelques sujets pusillanimes ont une telle crainte du bistouri qu'il pourra être préférable de faire une injection modificatrice après ponction aspiratrice avec une grosse aiguille.

Certains malades indociles ou inintelligents compromettent la guérison par l'expression intempestive de la vaseline et la souillure par leurs doigts de la plaie de ponction. Dans ces cas, on pourra être obligé de renoncer à l'application de la méthode de Fontan.

Nous avons vu qu'on obtient des résultats médiocres chez les malades déprimés, fatigués et profondément infectés. On pourra leur appliquer le procédé de Fontan, mais après quelques jours de repos qu'on emploira à la désinfection de la région inguinale et au traitement du chancre. On remontera leur état général à l'aide d'une nourriture reconstituante, de toniques, d'arsenic et de strychnine.

Dans les adénites polyganglionnaires, Duclos recourt aux injections de liquide de Calot qui, plus fluide, pénètre mieux que la vaseline dans tous les récessus de la poche.

Il est une autre catégorie de bubons qui ne tire pas grand bénéfice du traitement par la méthode de Fontan. Ce sont ces formes à évolution subaiguë, où la péri-adénite l'emporte de beaucoup sur l'adénite, où de petits abcès se produisent successivement ;

cliniquement, il existe un large plastron adhérent à la peau et des phénomènes inflammatoires marqués : Rougeur plus ou moins étendue, chaleur locale, douleurs pouvant empêcher le malade de dormir, parfois un peu de fièvre ; et cependant nulle part ne s'annonce la fluctuation, ni même la dépressibilité de la paroi. Il s'agit là de cas défavorables, justiciables du drainage filiforme, qui, bien que supérieur ici aux autres méthodes, ne pourra assurer de guérison en moins d'un mois.

CONCLUSIONS

I. — Le principe de la méthode de Fontan, appliquée au traitement des bubons chancrelleux, réside essentiellement dans l'injection intra-ganglionnaire de vaseline iodoformée au dixième après ponction étroite au bistouri et évacuation du pus aussi complète que possible.

C'est une méthode française, dont une erreur fréquente mais inexplicable impute la paternité à Otis. Sa vogue est telle aujourd'hui que beaucoup d'adeptes, en croyant la perfectionner, y ont apporté des variantes qui n'améliorent pas sensiblement le procédé originel.

II. — Le procédé de Fontan n'exige qu'un matériel restreint ; il est d'une exécution facile ; il est peu douloureux ; les soins post-opératoires sont réduits au minimum si bien que la méthode est compatible, à l'hôpital avec le traitement ambulatoire et en clientèle avec des visites à domicile espacées.

III. — Tant que le pus n'est pas nettement collecté, le procédé de Fontan est formellement contre-indiqué. Dès que la fluctuation ou du moins la dépressibilité des téguments au centre du bubon annonce

que cette condition est réalitée, la méthode de Fontan nous semble le traitement de choix. Quand, au contraire, la peau déjà rougie est amincie et quand l'abcès est prêt à s'ouvrir spontanément, les résultats sont médiocres ; mais on ne peut guère espérer par une autre méthode en obtenir de meilleurs, si bien que le procédé garde alors une indication relative.

Il est donc très important de surveiller chaque jour attentivement le malade, pour discerner le moment précis où l'intervention est opportune.

IV. — Dans des cas exceptionnels, même pratiquée en temps opportun, la méthode n'évite pas la fistulisation du bubon ; mais la plupart des échecs semblent dus à une faute de technique, à une négligence des soins post-opératoires ou à l'indocilité du malade.

V. — Dans l'immense majorité des cas, les résultats sont excellents. On peut escompter dans la semaine une guérison complète sans cicatrice. La méthode de Fontan permet d'épargner à l'Etat des frais d'hospitalisation considérables, au médecin un temps précieux et au malade des semaines de souffrance et d'immobilisation.

Le Président de la thèse,
JEANSELME

Le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Audry. — Traité des maladies vénériennes, 1909.

Aurégan. — Sur le Traitement du chancre mou compliqué d'adénite (Archives de Médecine et de Pharmacie navales. Paris, 1918).

Annales des maladies vénériennes, mai 1919.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, mai 1919.

Arnozan. — Traité de Thérapeutique.

Augagneur. — Communication à la Société des sciences médicales, 15 janvier 1890.

Balzer. — Nouveau Traité de Brouardel et Gilbert, 1906, tome VII, p. 141.

Braut. — Traitement des adénites inguinales à formes aiguë et subaiguë (Lyon médical, 1894).

Bory. — Presse médicale, 10 février 1919.

Berdal. — Traité pratique des maladies vénériennes.

Chevallier et Broussolle. — Traitement du bubon du chancre mou par l'injection d'un corps gras iodoformé (Journal des Praticiens, 4 octobre 1919).

Costantini. — Méthode simple et efficace pour la guérison du bubon chancrelleux (Paris médical, 1912-1913).

Cordier. — Sur le Traitement du bubon (Lyon médical, 1890).

Chirol. — Quelques procédés pratiques employés dans un centre avancé de vénéréologie aux armées. Thèse de Paris, 1919.

Couanet. — Traitement du bubon chancrelleux par ponction et injection de cuivre colloïdal. Thèse de Paris, 1915.

Caravias. — Etude sur les vaselines liquides comme véhicule de la méthode hypodermique, 1889.

Chaput. — Technique du drainage filiforme (Paris médical, 1916, p. 322).

Dubreuilh et Mallein. — Traitement des bubons chancrelleux par le procédé de Fontan (injection de vaseline iodoformée) (Presse médicale, 11 juillet 1918).

Dubreuilh. — Pathogénie et traitement des bubons chancreux de l'aine (Journal de Méd. de Bordeaux, 17 mai 1914).

Duclos. — Quelques méthodes actuelles de traitement du bubon chancrelleux. Thèse de Paris, 1919.

Dubujadoux. — Traitement du bubon d'origine chancreuse par l'injection préalable de salol camphré iodoformé (Archives de Méd. et de Ph. militaires. Paris, 1896).

Dubreuilh. — Traitement du chancre mou et de ses complications (Traité de Thérap. appliquée, 1896).

Dupau. — Des petites incisions dans les adénites suppurées (Gaz. médico-chir. de Toulouse, 1892).

Espieux. — Guérison rapide du bubon d'origine vénérienne par les injections de vaseline iodoformée. Th. Montpellier, 1889.

Fontan. — Note à l'Académie de Médecine, 2 avril 1889.

— Guérison rapide des bubons par injection de vaseline iodoformée (Leçon de la Clinique des maladies vénériennes de Saint-Mandrier. Archives de Méd. navale, 1889).

Gruet et Brenot. — Traitement esthétique des bubons vénériens (J. de Méd. et de Chir. pratique, janvier 1910).

Henric. — Du traitement du bubon suppuré d'origine vénérienne par les injections de vaseline iodoformée et le pansement occlusif. Thèse Bordeaux, 1894.

Hayden. — Iodoform ointment injection in the treatment of suppuratin adenitis of the groin (Am. J. M. Sc. Phila., 1895).

Hasbrouck. — The Treatment of abcess by the Otis méthode (N.-Y. Med. J., 1896).

Hudelo et Rabut. — Note sur le traitement des bubons chancrelleux (Pr. médicale, 12 nov. 1919).

Jullien. — Traité pratique des maladies vénériennes.

Juillan. — Du Traitement du chancre simple et de ses principales complications. Thèse Lyon, 1903.

Khashtskinsky. — Alterations in Fontans méthode of Treating inguinal bubœs (Protok. sazard. kavkazsk. Med. Obstr. Tiflis, 1898-1899).

Laporte. — Du Traitement du bubon par ponction suivie d'injection modificatrice. Thèse Lyon, 1890.

Lassalle. — Du Traitement du bubon suppuré (Montpellier méd., 1890).

— Du Traitement du bubon suppuré (J. des maladies cut. et syphilitiques. Paris, 1889-1890).

Le Jollec. — Traitement des bubons par injections de vaseline iodoformée (Arch. de Méd. navale, 1891).

Laborde. — Des injections cavitaires et interstitielles d'éther iodoformée dans le Traitement des tuberculoses locales. Thèse Bordeaux, 1888.

Neebe. — Traitement du bubon (Annales de Derm. et de Syphiligraphie, 1889).

Nicolas. — Traitement du chancre simple et de ses complications (Bull. méd., 1909).

Otis (W. K.). — The Treatment of suppurating bubœs by injections of iodoform ointment (Journal of cutaneous and genito-urinary diseases. New-York, 1893, p. 174-176).

Plicque. — Traitement local et général du bubon chancreux (Bulletin méd., 17 juillet 1912).

Petges, Gratiot et Cottu. — Paris médical, 1918.

— Traitement du bubon chancrelleux par la méthode d'Otis-Fontan (Journal de Méd. de Bordeaux, 1918).

Reclus. — Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu.

Rullier. — Traitement des bubons par les injections de vaseline iodoformée (Arch. de Méd. et de Ph. milit. Paris, 1895).

Rabut. — Le chancre mou (Gaz. des Hôpitaux, 1919).

Simon. — Compte rendu de la Société de Biologie, mai 1902. — Société médicale Hôp. Paris, mai 1916.

Sarailhé. — Traitement médical du bubon vénérien (Bul. de la Soc. méd. de l'Indo-Chine, 1911).

Strauss. — Mémoire à la Société de Biologie, 1884.

Timofeyeff. — On the treatment of inguinal bubo by injections of iodoform vaseline (Voyenno med. J. Saint-Pétersbourg, 1896).

Tartavez. — Contribution à l'étude des injections réplétives de vaseline iodoformée. Th. Lyon, 1908.

Thibierge. — Traité de médecine, Bouchard et Brissaud.

Thibierge, Ravaut et Leroud. — Soc. médic. Hôpitaux, 2 juin 1905.

Takahaschi. — Ueber den Wert der iodoformal glycerin injectionen gegen Schanker bubo (Japanischen Zeitschrifft für dermatologie and urologie, mars 1909).

Touren. — Contribution à l'étude du traitement du bubon vénérien et de la cystite (Arch. de Méd. nav., 1898).

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris — 4452-20